

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

160

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert BRUNET

Né à Mussey (Meuse), le 17 janvier 1899

INFECTIONS
D'ORIGINE BUCCALE

MISE AU POINT DES IDÉES AMÉRICAINES

SUR LES INFECTIONS D'ORIGINE APICALE

Président : M. SÉBILEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

13r

160

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

001

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert BRUNET

Né à Mussey (Meuse), le 17 janvier 1899

INFECTIONS
D'ORIGINE BUCCALE

MISE AU POINT DES IDÉES AMÉRICAINES

SUR LES INFECTIONS D'ORIGINE APICALE

Président : M. SÉBILEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

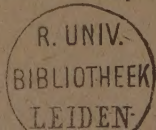
LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETHIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DR LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA FEMME

le Docteur SIMONE BRUNET

A MA FILLE

En témoignage de ma profonde tendresse.

A MON PÈRE

le Docteur CHARLES BRUNET

A MA MÈRE

J'offre ce travail en témoignage d'affection filiale et de grande reconnaissance.

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SÉBILEAU

Professeur de Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Membre de l'Académie de Médecine

*En remerciement du grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant la présidence
de ma thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur agrégé DESMAREST

Monsieur le Professeur CHANTEMESSE
(*in memoriam*)

Monsieur le Professeur ROGER

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Monsieur le Docteur VIGNES

Monsieur le Professeur agrégé LCEPER

Monsieur le Professeur TEISSIER

A MON MAITRE ET AMI

Monsieur le Docteur FERRIER

Stomatologiste honoraire des Hôpitaux

*Qui m'a si bienveillamment accueilli
dans son service et qui m'a inspiré cette
thèse.*

A MM. les Docteurs DUFOURMENTEL et FRISON

INFECTIONS D'ORIGINE BUCCALE

MISE AU POINT DES IDÉES AMÉRICAINES

SUR LES INFECTIONS D'ORIGINE APICALE

INTRODUCTION

Dans un cours prononcé en octobre 1910 à Montréal, Hunter remet la question des infections d'origine buccale à l'étude. Pendant les années qui ont précédé la guerre et pendant la guerre de nombreuses recherches furent faites en Amérique et donnèrent lieu en France à quelques controverses entre partisans et adversaires des idées américaines.

Il nous a paru intéressant, sur les conseils de notre maître et ami le docteur J. Ferrier, de reprendre dans son ensemble la question des infections d'origine dentaire, de faire la part de l'apport américain et d'en discuter les conclusions.

Après une étude chronologique des travaux français, nous ferons un tableau des complications infectieuses d'origine dentaire; nous étudierons ensuite les travaux américains pour les discuter et en tirer les indications thérapeutiques et prophylactiques.

HISTORIQUE

C'est dans le *Traité de la suppuration* de Chassaignac paru en 1859, que l'on trouve pour la première fois une étude complète des accidents généraux d'origine dentaire. En effet dans le chapitre intitulé : « Du phlegmon péri-dentaire par enchatonnement de la dernière molaire » il décrit : « cette sorte de prostration qui s'accompagne de pâleur plus ou moins profonde de la face, de l'altération des traits, en un mot des phénomènes généraux par lesquels se caractérise l'empoisonnement putride » et c'est cet état qu'il désigne sous le nom de cachexie buccale à laquelle il reconnaît comme cause l'absorption des matières putrides venues des dents.

Il rapporte un certain nombre de cas ; le malade de l'observation 329 présente le teint jaunâtre de la cachexie buccale ; celui de l'observation 331 d'une bonne constitution présente le facies de la cachexie buccale, il est pâle et offre à un certain point la teinte asphyxique ; celui de l'observation 332 présente de l'anorexie, de la céphalalgie et le teint jaunâtre.

Les 20 et 27 septembre 1865, puis le 18 octobre de la même année, Richet entretient les membres de

la Société de Chirurgie, de l'intoxication putride qui complique certaines fractures dites simples du maxillaire avec suppuration. Le tableau qu'il trace de l'état général des malades qu'il a observés, est analogue à celui décrit par Chassaignac. Il attribue à la simple déglutition du pus ces accidents, oubliant comme le fait remarquer le professeur Sébilleau, au Congrès international de Médecine de 1900, « le rôle important que doit jouer dans la genèse de ces complications septiques, l'absorption des bactéries pathogènes par les fragments osseux baignant dans les sécrétions de la bouche ».

A l'occasion de ces communications, Chassaignac à la séance du 11 octobre 1865 s'étend sur les mêmes troubles dus à la carie dentaire,

Cependant l'expérimentation et la clinique se partagent l'étude de l'infection et des accidents infectieux. C'est l'ère des recherches actives sur les microbes; le mot de septicémie est créé, en 1872, par Piory qui parle de « l'altération du sang à la suite de l'action des matières putrides agissant à la façon des poisons ». Pasteur, en 1878, fait un tableau remarquable de la septicémie microbienne. Galippe, de 1884 à 1895, seul ou avec Vignal fait paraître dans le *Journal des connaissances médicales* une série d'articles où il montre les conséquences possibles de la septicité buccale. En 1890 il écrit : « Ce n'est pas impunément qu'on absorbe, pendant des mois et des années, une sécrétion aussi infectieuse que celle produite par la pyorrhée. »

Chantemesse et Vidal étudient tout spécialement les microbes de la bouche, dont-ils donnent une étude en 1890; Thomas y consacre sa thèse de 1891.

Entre temps des thèses : celle de Chevassu en 1873 sur *Quelques accidents causés par l'éruption et les déviations de la dent de sagesse*, celle de Morcrette la même année intitulée : *Essai sur les abcès d'origine dentaire et les accidents qui les accompagnent* donnent quelques aperçus de la question.

La thèse de Dumont, qui date de 1894 et fut inspirée par Magitot, a pour titre : *Contribution à l'étude de la pathogénie des phlegmons périmaxillaires d'origine dentaire*. L'observation qui en est le point de départ est celle d'un artiste dont une dent fut obturée sans soins préalables, elle fut rapidement le siège d'une réaction locale de plus en plus intense; les accidents généraux apparurent, la mort « par phénomènes non douteux de méningite » en fut la conséquence. « Le point de départ de tous ces ravages, dit Dumont, n'était autre que l'arthrite alvéolo-dentaire, déterminée par l'obturation intempestive d'une dent cariée et retenant les principes septiques ».

Les observations citées par Dumont sont nombreuses (23); j'en ai relevé quelques-unes qui m'ont paru particulièrement intéressantes et dont voici un court résumé.

Obs. I. — Parotidite chronique, extraction de la dent de sagesse. Guérison.

Obs. III. — Abscès phlegmoneux du menton avec fistule consécutive d'origine dentaire.

Obs. V. — Phlegmon de la face et du cou consécutif à une ostéo-périostite du maxillaire inférieur ; large incision externe-pansements antiseptiques. Amélioration. Rechute, persistance de la suppuration, extraction de la dent de sagesse. Guérison.

Obs. XXIII. — Méningite d'origine dentaire ; mort.

Et l'auteur conclut : « Le plus souvent les phlegmons péri-maxillaires ont pour origine une arthrite alvéolaire ; l'on peut considérer comme l'exception toute autre origine. »

Les accidents infectieux d'origine dentaire devenaient alors un sujet classique, peut-être trop peu, cependant, pour attirer l'attention de tous les médecins et Félix Lejars revient dans une clinique de 1895 sur ce qu'il nomme la cachexie buccale, « question de clinique journalière » que l'on rencontre « à tout instant de la pratique » ; il divise les accidents en légers et communs et en « graves, inattendus, terribles ».

Le premier degré est l'abcès alvéolaire d'une fréquence extrême ; et chez les personnes qui en sont atteintes, faisant du pus continuellement dans la bouche, la santé générale s'altère, la pâleur, la fatigue et l'amaigrissement apparaissent. Lejars cite le cas d'une cliente dont l'état général était si mau-

vais qu'il pouvait faire penser à une tuberculose. Les dents en très mauvais états furent soignées et la cachexie buccale disparut.

Le deuxième degré c'est le phlegmon large.

Le troisième degré comprend les formes de gravité extrême : périostites (arthrites) à large nécrose qui entretiennent indéfiniment la suppuration intra-buccale, réalisant ainsi une auto-intoxication continue.

« Cela ne suffit-il pas à vous convaincre, messieurs, de la nécessité d'apporter tous nos soins au traitement de ces accidents infectieux d'origine dentaire et de tous ces accidents ; aucun, même parmi les plus vulgaires, n'est indigne de l'attention d'un praticien consciencieux. »

Le professeur Sébilleau et Charles Grandon font à la Société de Stomatologie en 1900 une communication à propos d'un abcès dentaire suivi de phlébite de la veine ophtalmique inférieure.

Au Congrès international de médecine de Paris en 1900, section de Stomatologie, le professeur Sébilleau étudie les différentes formes de la septicémie buccale.

Cet article paru dans le compte rendu du Congrès et dans la *Presse médicale* du 2 février 1901 renferme en grande partie et rigoureusement classé, le cours de W. Hunter d'octobre 1910, exception faite de quelques points nouveaux que nous étudierons tout à l'heure.

Je rapporte ici quelques lignes de la communication du professeur Sébilleau : « Dans le cours de ces

dernières années, j'ai observé plusieurs cas d'infection générale très graves chez des sujets atteints de *maladies tout à fait banales* des dents ou des gencives, les accidents dont j'ai été le témoin, se sont tous terminés par la mort. » Suit une étude des altérations de la bouche qui peuvent être en cause et dont la principale est la carie dentaire : « importante en effet par la nature même des lésions qu'elle détermine, l'ouverture de la cavité pulpaire, l'infection et la suppuration de la pulpe. Une pulpe ouverte c'est une bouche absorbante toujours béante pour les bactéries de voisinage, une pulpe infectée c'est dans l'organisme un foyer de suppuration avec toutes les fermentations dont il devient l'origine. C'est en résumé cet organisme exposé à l'empoisonnement par les ptomaïnes du pus, par les décharges dans le torrent circulatoire des toxines du staphylocoque, du streptocoque et des anaérobies ».

Le professeur Sébilleau distingue :

- 1° La septicémie lympho phlegmoneuse du cou ;
- 2° La septicémie phlébo phlegmoneuse de la face ;
- 3° La septicémie sans détermination anatomique.

En 1903, C. et J. Tellier de Lyon, dans un article de la *Revue de stomatologie*, montrent qu'à côté de ces cas particulièrement graves, existent des cas de gravité moyenne à forme chronique à pronostic moins sombre tel le cas relaté par Lejars. Ces cas sont relativement plus fréquents que les traités classiques pourraient le laisser croire ; peut-être parce que moins effrayants ils n'ont pas attiré autant l'at-

tention des médecins. Voici trois des observations de C. et J. Tellier :

Obs. I. — Mlle Ox... 28 ans. Gencives laissant soudre un liquide purulent, nombreuses racines, odeur infecte de la bouche ; état général grave, anémie très intense, trouble de l'appareil digestif, diarrhée fréquente, amaigrissement marqué, faiblesse extrême. Lésion mitrale double, extraction des dents en deux séances. Trois mois après état général bon, la pâleur a disparu, les lésions mitrales persistent mais sans éréthisme ni tachycardie ; la patiente a engraisé.

Obs. II. — Septicémie chronique d'origine buccale, extraction des dents, poussée de septicémie aiguë opératoire sans localisation. Guérison.

Obs. V. — Infection grave d'origine dentaire avec phlegmon de la région sous-maxillaire s'étendant jusqu'au devant de la poitrine. J. et C. Tellier classent ce cas dans le groupe des septicémies lympho-phlegmoneuses de Sébileau.

Il ressort de cette étude qu'il y a lieu d'ajouter aux formes décrites par Sébileau une forme nouvelle de septicémie chronique aboutissant à la cachexie dentaire de Lejars.

Les travaux de C. et J. Tellier inspirèrent la thèse de Sabatier qui donne, en plus des observations de ces auteurs, un tableau très intéressant des cas de septicémies aiguës ou chroniques d'origine dentaire, qu'il a pu trouver dans la littérature française et étrangère.

En 1904 Théophile Guyot dans une étude intitulée *L'Arthrite est une maladie infectieuse*, fait jouer à l'arthrite alvéolaire infectieuse un rôle important dans la pathogénie de l'arthrite sous ses différentes formes : diabète, goutte, rhumatisme, artério-sclérose, neurasthénie, affections nerveuses, asthme, calculs. C'est « sans nul doute une des portes d'entrée de la maladie ».

En 1906 Ferré dans sa thèse étudie certaines infections d'origine buccale et principalement les complications à distance du poumon et du tube digestif.

J. Tellier continue ses recherches en étudiant les conséquences multiples de la septicité sous toutes ses formes : périostite suppurée, abcès alvéolaires de la région péri-apicales infection des gencives autour des racines cariées ou meulées. Quelles sont ces conséquences ? Complications paradentaires, stomatites, amygdalites, affections du tube digestif, des voies respiratoires, septicémies, complications cardiaques et vasculaires, anémie.

Les traités classiques consacrent d'importants chapitres à la septicité bucco-dentaire.

TABLEAU DES COMPLICATIONS D'ORIGINE BUCCALE

A) Les sources de l'infection

1° Le milieu buccal renferme de nombreux microbes que l'on peut diviser en saprophytes simples et en pathogènes. Les premiers sont : Le leptothrix

buccalis. Le bacillus subtilis, le bacillus thermo, le bacillus ulna, le spirillum virgul; parmi les pyogènes les plus fréquemment rencontrés sont : Le micrococcus pyogenes aureus, le pyogenes albus, le streptocoque, le pneumocoque, le pneumo-bacille, le bacille de Loeffler, et plus rarement le bacille de Koch.

2° Pour lutter contre ces microbes que trouvons-nous ? La concurrence vitale qui diminue le nombre et la virulence de ces microbes ; la salive et le mucus qui dérivant du plasma sanguin partagent ses propriétés germicides. L'épanouissement des follicules clos qui s'étalent dans le derme de la langue, du pharynx et des amygdales ; enfin la chaîne des glandes lymphatiques, qui entourent le pharynx et la bouche.

3° Qu'un de ces éléments soit modifié ou altéré, qu'une porte d'entrée se produise dans la gencive ou dans la dent par la carie, et c'est de toutes ces altérations la plus fréquente et la plus importante comme nous l'avons vu plus haut ; l'infection est possible.

B) Les complications infectieuses d'origine bucco-dentaire

1° *Infections de voisinage.* — L'infection du ligament alvéole dentaire dont l'étude fut entreprise par Galippe.

L'abcès dentaire qui fit l'objet de la thèse de Morcrette et sa complication immédiate et fréquente

l'ostéo-phlegmon avec ses trois variétés externe interne et inférieure, son diagnostic est à faire avec l'adéno-phlegmon qui est dû à une lésion de la gencive ; son traitement est l'extraction de la dent qui souvent suffit. Toutes ces règles ont été nettement posées par le professeur Sebileau.

L'inflammation de la parotide dont nous trouvons une observation dans la thèse de Dumont.

La sinusite dont l'étiologie est expliquée dans la thèse de Frey.

Des troubles oculaires et cutanés qui sont étudiés dans la thèse d'Ollagnier.

2° *Les infections à distance.* — a) Pulmonaires — Besançon et Griffon ont vu que le sérum des pneumoniques n'agglutine souvent que l'échantillon de pneumocoque contenu dans la salive du malade ; ils démontrent ainsi que la pneumonie est une auto-infection d'origine buccale. Le professeur Chantemesse avait coutume d'exiger dans son service une hygiène buccale soigneuse et des lavages de bouche fréquents pour éviter les complications pulmonaires, particulièrement chez les malades atteints de grippe.

b) Digestives. — L'anorexie et la diarrhée ont été signalées par Chassaignac, Richet, Lejars. La dyspepsie par Legendre (thèse de Ferré). La gastrite septique par Tellier.

3° *Les infections générales.* — Les septicopyohémies aiguës qui se divisent en septicémie lymphopneumoneuse du cou caractérisée par sa diffusion et

l'absence de détermination anatomique constante et de fixité topographique ; elle donne la cellulite sous-mandibulaire et sous-mentale, périhyoïdienne, latéro-pharyngienne, maxillo-pharyngienne, sublinguale : c'est alors l'angine de Ludwig.

La septicémie phlébo-phlegmoneuse de la face avec ses troubles oculaires.

La septicémie générale sans détermination anatomique avec état cachectique progressivement croissant chez des gens dont la bouche renferme des caries et des chicots multiples.

Dufourmentel et Frison ont donné dans la *Presse médicale* de 1918 trois observations se superposant exactement à ces trois formes.

Des états analogues mais à forme subaiguë et chronique ont été signalés par J et C Tellier et par Sabatier.

Guyot a vu dans l'infection générale et dans l'infection buccale en particulier la cause de l'arthritisme.

On conçoit évidemment la possibilité de la localisation secondaire de l'infection sur un organe quelconque de l'individu.

Plus récemment depuis les travaux américains Mendel dans le laboratoire de Salembeni à l'Institut Pasteur a fait des recherches expérimentales d'inoculation de la tuberculose par voie dentaire.

Inoculation pulpaire chez le singe de bacille de Koch dix jours après tuméfaction et congestion du bord libre des gencives. Arthrite subaiguë. Dix jours plus

tard propagation aux dents voisines, abcès alvéolaire typique ; le pus ne renferme que du bacille de Koch ; un mois après l'inoculation, l'autopsie est faite : infection tuberculeuse généralisée, les ganglions médiastinaux sont indemnes, les ganglions du cou sont un peu tuméfiés mais ne renferment pas de bacilles, ce qui concorde avec l'absence de lymphatique dans la pulpe ; la propagation s'est faite par la voie sanguine.

LES IDÉES AMÉRICAINES LES INFECTIONS D'ORIGINE APICALE

Nous allons étudier maintenant l'apport américain il vaudrait mieux dire anglo-américain, puisque c'est un médecin anglais dans une faculté américaine qui a donné à la question de la septicité bucco-dentaire, toute sa vitalité et aussi toute son exubérance.

En octobre 1910 à la réouverture des cours de la Faculté de médecine de l'Université de Mac Gill à Montréal, William Hunter, médecin de l'Hôpital de Charing Cross de Londres, qui dès 1900 s'était occupé des anémies dues à la septicité dentaire, fait aux étudiants le plus noir tableau des méfaits de l'infection, laquelle est, avec une fréquence extrême, d'origine dentaire.

Un court exposé des principes de la chirurgie antiseptique nous retrace, en même temps que l'histoire, le rôle important joué par cette antisepsie « Cœur et moelle » de la chirurgie. Le chirurgien cherche plus à éviter l'infection qu'à la combattre. En médecine rien de semblable : le diagnostic et le traitement prennent la place occupée par la septicité et l'antisepsie en chirurgie. Et pourtant l'infection est la maladie médicale la plus fréquente ou la cause la plus importante des complications de ces maladies

malheureusement les médecins ne voient dans l'infection qu'un facteur parmi beaucoup d'autres. Que peut-on guérir en supprimant cette infection « dont le siège principal est la bouche » ? Ce teint jaune qui avait déjà frappé Chassaignac, Richet et Legars, les troubles du tube digestif qu'ont signalés tous les auteurs et qu'a rapportés Ferré dans sa thèse. Des anémies rebelles comme celle de la cliente de Legars. des amygdalites surtout fréquentes chez les enfants et qu'explique bien le voisinage des amygdales et de la bouche ; du rhumatisme chronique déformant dont Goadby donne la même année une étude dans *The Lancet*, bien étudié antérieurement par Théophile Guyot ; « des fièvres obscures et des empoisonnements du sang » qui, je pense, doivent se rapprocher considérablement des faits que Julien Tellier et Sabatier dans sa thèse étudient comme septicémies chroniques.

En résumé cette septicité va frapper un système ou un autre et suivant le terrain à un degré différent.

Jusqu'à présent rien de bien nouveau puisque nous retrouvons tous ces faits dans la littérature française de 1859 à 1911.

Mais, nous l'avons vu, les accidents signalés par les auteurs ont été rencontrés chez des gens dont la bouche était particulièrement mal soignée et le plus souvent l'abcès alvéolaire était le premier symptôme que l'on avait recherché et trouvé.

Cette septicité due aux dents cariées avec arthrite alvéo-dentaire, aux plaies des gencives, aux

dents déchaussées avec suppuration est relativement visible chez les pauvres ; elle saute aux yeux, mais il n'en est plus de même chez les gens soignés ; et ici commence le long procès des travaux d'or, des travaux américains plaques de métal recouvrant des racines meulées, que l'on a voulu garder afin d'éviter l'affaissement des gencives (ce fait déjà signalé par Tellier en 1906). Bridges, couronnes, dents à pivot, reposant sur des racines dévitalisées et souvent antérieurement aux soins, manifestement infectées. Les troubles généraux qui apparaissent, n'ont pas été précédés par des accidents buccaux douloureux ; si bien que les malades ne voient pas le rapport qu'il peut y avoir entre ces travaux d'or et les troubles dont ils souffrent. W. Hunter rapporte le cas d'un homme grand et fort qui était atteint de maladie bronzée d'Addison ; sa bouche ne présentait aucune trace d'infection apparente, mais renfermait un nombre considérable de bridges, de couronnes, d'amifications, le tout très ingénieusement fait ; il fallut avoir recours à une véritable opération pour le débarrasser de tous ces travaux et découvrir l'infection qu'ils recouvraient et qui était cause de la maladie.

« Les aurifications, les bridges, les couronnes, les dents à pivot placés sur des dents malades, dit-il, forment un véritable mausolée d'or sur une masse de septicité à laquelle il n'y a rien d'égal, dans toute la médecine et la chirurgie, et qui constitue pour cette infection une cachette parfaite dont le patient

est fier et dont aucune persuasion ne pourrait l'en séparer. »

Voilà ce qui est nouveau ; la cachexie buccale, la septicémie d'origine dentaire, les accidents infectieux à distance peuvent être causés et le sont très fréquemment, si l'on en croit Hunter, par des dents, dont la pulpe a été enlevée, la cavité pulpaire désinfectée afin de recevoir des travaux fixes de prothèse en or, de « prothèse conservatrice », fruit vénéneux dit l'auteur.

Le deuxième point intéressant, c'est l'indolence locale comparée aux effets septiques à distance, indolence locale qui masque l'étiologie du mal.

Enfin cette infection même considérable peut exister pendant des années sans provoquer aucun trouble, mais à l'occasion d'une autre maladie elle peut aggraver considérablement le pronostic.

L'auteur rapporte dix observations dont je n'ai trouvé la traduction dans aucun ouvrage français, il m'a paru intéressant d'en donner ici un résumé :

Obs. I. — Gastrite septique chez un homme de 32 ans. Appareil de prothèse fixe au maxillaire supérieur depuis deux ans ; les racines qui le supportent sont nécrosées. Les gencives sont ulcérées ; lavages antiseptiques de la bouche ; légère amélioration ; la guérison est obtenue par l'extraction des racines.

Obs. II. — Gastrite et cœlite chez une femme de 33 ans ayant de l'infection buccale, ulcérations gingivales, tartre,

dents déchaussées. On avait fait la recherche du pus dans les selles, mais on ne s'était pas occupé de la bouche.

Obs. III. — Côlite chronique, malade plusieurs fois hospitalisé avec ce diagnostic. Dans la bouche 20 racines nécrosées qui sont extraites ; le malade est guéri en quelques semaines.

Obs. IV. — Anémie septique. Depuis cinq ou six ans le diagnostic d'anémie pernicieuse est posé. Malade déprimée, affaiblie, se plaignant de douleurs frontales droites ; écoulement de pus par le nez ; elle venait avec cette note de spécialiste : « Empyème chronique purulent du sinus frontal droit avec mucopus dans l'antre droit, je pense qu'il faudrait guérir son anémie pour s'occuper de son sinus ».

Hunter pensa que l'anémie était d'origine septique et demanda le traitement immédiat de son sinus et la malade quitta l'hôpital quelques semaines plus tard.

Obs. V. — Anémie septique. Malade de 64 ans. Au maxillaire supérieur droit, 5 dents infectées, 2 racines nécrosées, le bord de la gencive et l'alvéole sont épaissis, la joue droite est enflée et bouffie, la dernière molaire supérieure gauche est douloureuse. Deux essais infructueux de port de dentier ; l'infection buccale n'est pas remarquée par le dentiste.

Les dents du malade sont extraites. Amélioration rapide de l'état général avec augmentation du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine.

Obs. VI. — Anémie septique. Un homme est reçu dans un service de chirurgie avec symptômes gastriques et hématomèse ; il est envoyé en médecine pour une anémie marquée

avec fièvre; les dents sont bonnes sauf une prémolaire supérieure qui présente un écoulement de pus continu; elle est extraite, la racine est nécrosée; il s'écoule une cuillerée à café de pus. Le malade avait avalé pendant des mois et des années une quantité notable de pus, provoquant la gastrite et l'anémie.

Obs. VII. — Anémie septique chez un tuberculeux, que n'expliquent pas les lésions pulmonaires; cette anémie fut considérablement améliorée par les soins de la bouche.

Obs. VIII. — Anémie septique comme complication de néphrite chronique, chez un individu présentant une infection buccale intense.

Obs. IX. — Anémie, ulcère gastrique chez une jeune fille; l'infection buccale était en cause.

Obs. X. — Chez un malade brightique vrai, ascension de la température et érysipèle de la face du même côté que l'érysipèle ulcération jugale et stomatite, l'ulcération est provoquée par une racine de molaire infectée; l'ulcération était la cause de cet érysipèle.

Le manifeste de Hunter allait provoquer dans les pays de langue anglaise une véritable révolution; les médecins partagèrent très rapidement les vues de Hunter et envisagèrent avec enthousiasme ce nouvel élément étiologique qui allait singulièrement faciliter le diagnostic, le pronostic et le traitement, puisque 90 o/o des gastrites seraient dues à l'infection buccale et que les anémies auraient avec une fréquence presque égale la même origine.

Mais l'émotion fut grande chez les dentistes, Hunter les accusait d'apporter l'infection dans la bouche avec « ingénuité et adresse » et de ne pas vouloir la reconnaître lorsqu'elle existait.

D'autre part, la prothèse conservatrice plus que partout ailleurs est utilisée en Amérique et de ce fait, constitue pour le dentiste une source importante de considération et de revenus. Un grand nombre se mit à la recherche de la vérité.

La radiographie entra dans cette recherche pour une part importante ; elle montra l'existence fréquente autour des racines des dents atteintes d'arthrite d'une zone d'otéite raréfiante péri-apicale. Bientôt on reconnut que non seulement les dents atteintes d'arthrite et non soignées, présentaient ces lésions, mais encore et avec fréquence les dents dévitalisées artificiellement et nous trouvons relevée par J. Tellier, cette statistique imposante : lésions para-apicales dans 68 o/o des dents dévitalisées artificiellement pour 85 o/o des dents à pulpe morte.

Les résultats des recherches bactériologiques vinrent s'ajouter à ceux fournis par la radio. Goadby trouve que la pyorrhée et le rhumatisme chronique, lorsqu'ils sont associés, sont dus à un seul et même microbe. Gilmer et Moody montrent la prédominance du streptocoque. Rosenow fait de nombreuses recherches expérimentales en vue d'établir le rapport entre les lésions péri-dentaires et les troubles infectieux dont elles seraient la cause.

Quelle est cette lésion para-apicale que révèle la

radiographie et que les Américains ont décrit sous le nom d'abcès borgne.

En 1907, dans *la Revue de Stomatologie*, Redier décrit une série de lésions péri-apexiennes qui y répondent ; il s'agit de stades successifs d'un même processus : l'inflammation. Voici ces stades :

1° Le granulome simple, véritable tissu de granulation ;

2° Le granulome avec bourgeonnement épithélial produit par la simple irritation chronique ;

3° Le granulome abcédé avec paroi simple ou contenant des bourgeons épithéliaux, le véritable abcès borgne ;

4° Le granulome Kystique avec paroi épithéliale.

Ces abcès apicaux sont pour Rosenow des plus dangereux, parce qu'ils évoluent habituellement sans symptôme, sont insoupçonnés et situés dans le tissu osseux inextensible, peuvent se drainer que par le courant circulatoire. Dans ce cas il y a lieu de penser qu'une douleur locale apparaît.

En résumé, il résulte de tous ces travaux que les dents dévitalisées et soignées présentent avec une grande fréquence des lésions para-apicales. Elles ne sont autres que le granulome de Redier qui abcédé, joue le rôle d'un véritable réservoir de bacilles et de toxines, transportés à distance par le courant circulatoire, bacilles et toxines peuvent provoquer des troubles infectieux.

Quelle thérapeutique les Américains nous proposent-ils. Tellier divise les praticiens en trois groupes :

1° Ceux qui croient à la nécessité d'extraire toutes les dents dépulpées ;

2° Ceux qui pensent que les dents dépulpées non infectées peuvent être conservées ;

3° Ceux qui croient possible et désirable le traitement et l'obturation de toutes les dents même infectées.

Noyes (cité par J. Tellier) pense que chez un patient ne souffrant d'aucune maladie toute dent doit être conservée, mais s'il présente des troubles généraux mieux vaut enlever des dents qui ne sont pas en cause que d'en laisser qui joueraient un rôle funeste.

Percy Howe partage le même avis d'autant que « l'extraction des dents incriminées n'amène pas toujours la guérison des lésions à distance ». C'est également l'avis de Don Graham. Herder ne veut pas non plus d'une solution extrême.

Black, au contraire, dans le *Dental summary* d'octobre 1919, conseille l'extraction des dents mortes, surtout chez ceux qui n'ont pas encore de lésions, pour prévenir les accidents infectieux bien qu'en agissant ainsi « nous devions enlever sans aucun doute des dents à bien des gens qui, durant des années, peut-être toute leur vie, n'auraient pas de manifestations secondaires ».

Julius O'Goldmann arrache toutes les dents dont la pulpe est atteinte.

Les idées américaines pénétrèrent lentement en France. La guerre en retarda encore l'étude. Les stomatologistes seuls parurent s'y intéresser et leurs tra-

vaux ne furent presque exclusivement publiés que par des revues professionnelles. Un article de J. Tellier parut cependant à la fois dans *Lyon médical*, et dans la *Revue de Stomatologie* ; et Watton et Aime donnèrent au *Progrès médical* une revue générale de l'importance de l'infection bucco-dentaire en pathologie, où ils revendiquent pour la France la paternité de ces travaux, mais « il n'est venu à l'idée d'aucun des auteurs qui s'en sont occupés d'être aussi exclusif et aussi catégorique ».

J. Tellier essaya à différentes reprises de faire pénétrer dans les milieux stomatologiques et médicaux les idées américaines dont il est, avec quelques réserves le partisan ; il demande que tous, médecins et spécialistes se mettent à l'étude clinique de cette question si importante qu'elle peut bouleverser presque complètement le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies infectieuses et il conclut dès maintenant à la nécessité de renoncer à « cette dévitalisation des dents saines dans un but prothétique dans l'immense majorité des cas où elle est aujourd'hui pratiquée ». Lagrange partage les opinions de Tellier et il pose en principe « que toute dent atteinte de pulpite a son péri-apex infecté, que la pulpectomie et la désinfection consécutive telles qu'elles sont pratiquées couramment ont peu de chance de modifier cet état de chose ; une désinfection du canal radiculaire, si elle supprime l'apport d'éléments nouveaux, est impuissante à supprimer les colonies ultra-apicales ».

Mendel s'attache surtout aux recherches bactériologiques, il n'a pas pu par l'hémoculture retrouver le streptocoque, dans des cas où l'infection buccale et les troubles infectieux étaient simultanés.

Frey et Ruppe sont préoccupés de se maintenir à distance à peu près égale entre le point de vue américain et les idées anciennes, ils pensent que la zone des raréfactions claires des radiographies ne suffit pas pour conclure à une lésion apicale, et que tous les microbes pouvant se trouver dans la bouche, elle n'est pas fatalement la porte d'entrée des microbes, que l'on peut trouver dans telle ou telle lésion.

Bozo pense que la dévitalisation d'une dent pour recevoir une couronne, lorsqu'elle est faite avec soin, ne présente absolument aucun inconvénient ; l'infection est faite par les mauvais dentistes qui doivent être bien nombreux en Amérique si l'infection y est si fréquente.

Roy est du même avis et croit à la guérison des dents même infectées. « Après trente ans de pratique, je prétends, dit-il, que dans la majorité des cas où des dents infectées traitées ne sont pas guéries et présentent des récidives, cela est dû non à une impossibilité anatomique ou thérapeutique, mais à une thérapeutique défectueuse ou à une pratique défectueuse d'une thérapeutique bonne en elle-même. »

*Comment pouvons-nous envisager à l'heure actuelle
la règle de conduite du stomatologiste ?*

Toutes les dents dont la pulpe est atteinte doivent-elles être extraites ? D'accord avec la majorité des praticiens français, nous ne le pensons pas. Nous avons le devoir avant d'arriver à une thérapeutique aussi énergique que l'extraction, d'essayer de conserver à nos patients un organe d'une utilité incontestable comme la dent. Nous pensons avec notre maître le Dr Ferrier, comme M. Bozo, que, la pulpectomie bien faite n'entraîne que fort exceptionnellement des accidents locaux et que les accidents généraux sont encore plus rares.

Que ferons-nous des dents infectées ? Ici encore nous croyons que l'on peut et que l'on doit dans la grande majorité des cas, en s'entourant de tous les soins et à l'aide d'une bonne technique, arriver à un bon résultat.

Ces dents présenteront-elles cette zone de raréfaction que decèle la radio ? c'est fort possible. Mais cette zone n'indique pas toujours un abcès borgne, elle indique simplement une zone de défense.

Si cependant chez un malade présentant une altération de la santé générale de nature infectieuse et de cause inconnue, nous trouvons soit des dents infectées soit des dents soignées et dévitalisées présentant à la radio la zone de raréfaction, il serait de notre

devoir de discuter l'extraction de la ou des dents atteintes.

Que penser maintenant de la prothèse conservatrice ? Il sera bon de ne placer ces appareils fixes sur des dents antérieurement infectées qu'après une désinfection rigoureuse et une mise en observation de plusieurs semaines. Il sera bon de ne recourir à cette prothèse que dans les cas véritablement favorables. Il est permis de penser que le nombre plus important d'accidents que l'on a signalé dans les pays anglo-américains est dû à un usage plus courant et peut-être de ce fait moins judicieux de cette prothèse conservatrice.

Devons-nous comme le demande J. Tellier renoncer à dévitaliser les dents dans un but prothétique ? En France la majorité des stomatologistes avec Bozon ne partage pas cet avis. Nous avons demandé au Dr Ferrier ce qu'il en pensait : il ne voit pas l'utilité de renoncer à des travaux d'un grand secours dans bien des cas, par crainte d'accidents exceptionnels.

*Quelle place le médecin doit-il donner
à ces accidents d'origine apicale*

Comme le dit Hunter il est peu de médecin qui ne regarde la langue de leurs malades, mais ils sont rares ceux qui examinent les gencives et leurs dents ; et le professeur Sébilleau a écrit : « Les chirurgiens

ont de vieille date un certain mépris pour les dents, ils ont tort. »

Il serait indispensable que le médecin examine systématiquement les dents des malades qui viennent le trouver.

Devra-t-il lorsqu'il trouvera des dents cariées et infectées dans la bouche d'un malade présentant une des nombreuses maladies que W. Duke a signalées ne rechercher aucune autre cause étiologique? Nous ne le croyons pas, mais nous pensons qu'il est de son devoir d'envoyer immédiatement son malade à un spécialiste compétent, car ces dents peuvent être ou devenir la cause de complications.

Il devra exiger dans toutes les maladies où les complications pulmonaires sont fréquentes, une hygiène rigoureuse de la bouche et s'il y a lieu l'intervention du spécialiste.

Le chirurgien ne devra entreprendre une opération qu'après avoir fait disparaître de la bouche de son malade les foyers infectieux. Je ne pense pas qu'il doive lui faire retirer les travaux de prothèse conservatrice qu'il pourrait avoir.

En résumé nous demandons la collaboration intime du médecin et du spécialiste.

Bien que les dents dévitalisées et soignées ne puissent provoquer des accidents infectieux qu'exceptionnellement, il est recommandable que toutes les caries soient obturées avant que la pulpe soit atteinte.

Le médecin de médecine générale peut agir par

l'examen des dents des malades et par son influence, le médecin des écoles peut exiger une inspection de la bouche des enfants une ou plusieurs fois par an.

Enfin tous les patients devraient d'eux-mêmes s'imposer une visite dentaire annuelle, et cette éducation des patients ne peut être faite que par tout le corps médical.

CONCLUSION

1° Les accidents infectieux d'origine dentaire sont depuis longtemps connus en France. Ils ont été bien étudiés et décrits à différentes reprises depuis Chas-saignac ;

2° Ils se divisent en infections de voisinage ; en infections générales qui renferment ce groupe des septicémies important tant par leur gravité que par leur fréquence relative ; en infections à distance ;

3° Les Américains ont introduit une idée nouvelle : les dents dévitalisées et désinfectées mais présentant à l'apex un granulome abcédé, localement indolentes, peuvent être la cause d'accidents infectieux. La thérapeutique qu'ils proposent est l'extraction ;

4° Les accidents sont extrêmement rares et peuvent être évités par une désinfection des racines, l'extraction est un pis aller ;

5° Il est indispensable que les dentistes aient des connaissances médicales étendues. D'autre part la dent ne doit pas rester une affaire de dentiste, mais doit être un terrain commun à tous les médecins qui peuvent acquérir rapidement les connaissances nécessaires à l'examen de la bouche et des dents. On

exige d'ailleurs à l'heure actuelle, dans les facultés la présence des étudiants de cinquième année à une série de travaux pratiques qui clôturent le cours de stomatologie.

Vu : le Président de la thèse,

SÉBILEAU

Vu : le Doyen,

H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Aimé (Paul).* — La radiographie dans le diagnostic et le traitement des lésions péri-apicales (Odontologie, 1920, n° 8).
- Bercher.* — Un cas de septicémie bénigne consécutif à l'obturation des racines d'une molaire (Revue de Stomatologie, 1921, n° 3).
- Billings.* — The blind dental abscess (J. of the American dental association, juin 1914).
- Black.* — Rapport des foyers buccaux chroniques avec l'état constitutionnel (Dental summary, oct. 1919 et Odontologie, 1921, n° 3).
- Bozô* — Doit-on dévitaliser les dents destinées à recevoir des capsules (Revue de Stomatologie, 1920, p. 266).
- Chantemesse et Vidal.* — Les microbes de la bouche, 1890.
- Chardon.* — De la septicité bucco-dentaire et la pratique chirurgicale. Thèse Lyon, 1921.
- Chassaignac.* — Traité de la suppuration. Paris, 1859. Du phlegmon péri-dentaire par enchatonnement de la dernière molaire, t. II, p. 151.
- Bulletin de la Société de Chirurgie, 1865, p. 460.
- Chevassu.* — Quelques accidents causés par l'éruption et les déviations de la dent de sagesse. Thèse Paris, 1873.
- Dufourmentel et Frison.* — Septicémie d'origine bucco-dentaire (Presse médicale, 1918, n° 45).
- Duke (W.).* — Oral sepsis in its relationship to systemic diseases (C. V. Mosby Company. Saint-Louis U. S. A., 1918).
- Dumont.* — Contribution à l'étude de la pathogénie des phlegmons péri-maxillaires d'origine dentaire. Thèse Paris, 1894.
- Frey et Ruffe.* — Pathologie des dents et de la bouche. Paris, 1922.
- Rapport de la septicité buccodentaire avec les maladies générales (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, mai 1921).
- Ferré* — De certaines infections d'origine buccale. Thèse de Paris, 1906.

- Galippe*. — Journal des connaissances médicales de 1884 à 1895.
- Goadly*. — The association of diseases of the mouth with rheumatoid arthritis and certain others of forms rheumatism (The Lancet, 1911, vol. I, p. 639).
- Guyot*. — L'arthritisme. Paris. Steinheil, 1904.
- Horder* (T.-J.). — La septicité dentaire au point de vue médical (British journal of Dental science, mai 1914. Revue de Stomatologie, 1920, p. 211).
- Housset*. — Quelques considérations au sujet des foyers infectieux péri-apexiens (Odontologie, n° 3 et n° 10, 11 et 12).
- Hunter* (W.). — The role of sepsis and of antiseptic in medicine (The Lancet, 1911, vol. I, p. 79 et Dental Cosmos, juillet 1918).
- Imbert*. — Les idées américaines sur la stomatologie (Marseille médical, janvier 1920).
- Lagrange*. — De l'influence de la septicité buccodentaire et des foyers infectieux péri-apicaux sur l'état général (Revue de Stomatologie, 1920, p. 334).
- Lejars*. — Des accidents infectieux d'origine dentaire, p. 330. Leçons de Chirurgie. Paris, 1895.
- Mendel* (J.). — Foyers infectieux péri-apexiens et leur répercussion d'ordre général (Odontologie, 1920, n° 7).
- Contribution au diagnostic différentiel des abcès bucco-dentaires (Odontologie, 1921, n° 5).
- Contribution expérimentale à l'étude de l'infection tuberculeuse par voie dentaire (Revue de Stomatologie, 1920, p. 77).
- Virulence du streptocoque adénopathique (Odontologie, 1922, n° 4).
- Morcrette*. — Essai sur les abcès d'origine dentaire et les accidents qui les accompagnent. Thèse de Paris, 1873.
- Percy Howe*. — Le traitement des dents mortes (Journal of the national dental association, oct. 1920, p. 853).
- Redier*. — Note sur la pathogénie des kystes radiculo-dentaires (Revue de Stomatologie, 1907).
- Robin*. — De l'infection du ligament alvéolo-dentaire (Rev. de Stomatologie, fév. 1900).
- Richet*. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 20 et 27 sept. et 18 octobre 1865.
- Roy*. — Le traitement des dents infectées (Odontologie, 1921, p. 65 et 149).
- Sébileau*. — Des différentes formes de la septicémie buccale (Congrès international de Médecine de Paris, 1900. section stomatologie et Presse médicale, 2 février 1901).

— Des phlegmons pérимандibulaires odontopathiques (Presse médicale, 16 mars 1921).

Sébileau et Grandon. — Un abcès dentaire suivi de phlébite mortelle de la veine ophtalmique inférieure (Revue de Stomatologie, 1900).

Sabatier. — Contribution à l'étude des septicémies bucco-dentaires. Thèse Lyon, 1903.

Tellier (C. et J.). — Les septicémies d'origine bucco-dentaire (Revue de Stomatologie, 1903).

Tellier (J.). — La septicité bucco-dentaire et ses conséquences (Odontologie, 1906).

— De la gastrite septique d'origine buccale (Revue de Stomatologie, juillet 1908).

— La septicité bucco-dentaire et les maladies générales (Lyon médical, octobre 1920).

— Théorie des infections locales d'origine bucco-dentaire et l'esprit stomatologique (Revue de Stomatologie, 1922, n° 6).

— La septicité bucco-dentaire et les septicémies dites cryptogénétiques (Progrès médical, 1921, n° 16).

— Accouchement et l'infection buccale (Journal de Médecine de Lyon, 1920, n° 16).

Waton (L.) et Aimes. — L'importance de l'infection bucco-dentaire en pathologie (Progrès médical, 1921, n° 22).

Waton (P.). — La septicité bucco-dentaire et la pathologie.

Thèse de Montpellier, 1921.

